

.....  
czytelna pieczęć zakładu pracy

.....  
data, miejscowość

### **Zgoda na odbycie praktyki zawodowej**

Wyrażam zgodę na nieodpłatne odbycie praktyki zawodowej przez słuchacza

.....

(imię i nazwisko, rok nauki)

Szkoły Policealnej Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Toruniu wchodzącej w skład Medyczno-Społecznego Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Toruniu kształcącego się w zawodzie terapeuta zajęciowy zgodnie z programem nauczania i podstawą programową kształcenia w zawodzie terapeuta zajęciowy, symbol cyfrowy 325907 Kwalifikacja wyodrębniona w zawodzie: MED.13. Świadczenie usług w zakresie terapii zajęciowej.

.....  
czytelny podpis, tytuł i funkcja  
przedstawiciela zakładu

.....  
czytelny podpis osoby odpowiedzialnej za praktykę